

MANUALE D'USO DEL CBA-VE

Test per valutare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici

1. LA VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA NELLA PRATICA

Da almeno 30 anni si avverte la necessità di valutare con metodi oggettivi quali cambiamenti i trattamenti psicologici e psicoterapeutici determinino nella condizione dei pazienti e di provare in modo rigoroso la loro efficacia; ora questa necessità è particolarmente evidente, se non impellente, ma anche più agevole da soddisfare.

La programmazione sanitaria italiana prevede, ad esempio, che siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale solo le prestazioni la cui efficacia è scientificamente provata.

Lo scetticismo diffuso sulla possibilità di attuare questa valutazione è ingiustificato: di fatto molti interventi psicologici e psicoterapeutici sono stati oggetto di verifica di efficacia e recentemente sono comparse pubblicazioni che fanno il punto della situazione (ad es., Michielin e Morosini, 2006). Anche nel mondo psicoanalitico si è fatta progressivamente strada una nuova cultura della ricerca empirica, documentata in modo chiaro, ad esempio, da Fonagy (2002) che presenta un'ampia rassegna degli studi di esito in psicoanalisi.

Diversi fattori inducono a dubitare delle impressioni, e delle affermazioni, dello psicologo circa l'effettiva utilità della forma particolare di trattamento che ha messo in atto, se tali affermazioni non sono sostenute da evidenze scientifiche.

Questi fattori si possono così sintetizzare:

- a) Miglioramento o remissione spontanei. Molte forme di disagio e/o disturbo psichico migliorano o si risolvono spontaneamente. Ad esempio, più di un terzo degli episodi depressivi si risolve senza alcun tipo di trattamento entro un anno.
- b) Effetto placebo. I miglioramenti possono essere la conseguenza non del particolare intervento, ma semplicemente delle reazioni positive del soggetto al fatto di sentirsi curato, sostenuto.
- c) Selezione dei casi. Quando uno psicologo illustra un caso clinico, non possiamo sapere se e quanto il caso sia rappresentativo di tutti i casi che vede. Si può trattare di un caso tipico, ma anche di un caso che è andato particolarmente bene, molto meglio degli altri. Lo stesso quando presenta una casistica.
- d) Soggettività nell'interpretazione dei risultati. Tutti noi tendiamo a vedere la realtà come ci aspettiamo che sia. Non può meravigliare quindi che i risultati (il tipo e l'entità dei miglioramenti e degli eventuali effetti negativi) possano essere valutati in modo più favorevole da chi ha attuato l'intervento e crede nella sua efficacia rispetto ad un osservatore indipendente.

La metodologia più complessa per valutare l'efficacia di un trattamento è quella degli studi controllati; essa risponde a tutti i seguenti principi:

- 1) Confronto. L'efficacia di un trattamento non può essere giudicata in casi singoli, ma solo confrontando i risultati osservati in gruppi di pazienti trattati con metodi diversi o in un gruppo di pazienti trattati e un gruppo di controllo, che non riceve trattamento.
- 2) Confrontabilità dei gruppi. I gruppi a confronto dovrebbero essere simili per tutti i fattori capaci di influire sui risultati del trattamento: ad esempio, età o gravità del disturbo o del problema in esame.
- 3) Confrontabilità delle rilevazioni. Le rilevazioni dei risultati dovrebbero basarsi su strumenti oggettivi e, per quanto possibile, quantitativi (ad es., test psicologici, questionari, osservazioni strutturate) applicati prima, al termine e a distanza del trattamento. Per confermare l'efficacia di un trattamento si dovrebbe rilevare una differenza statisticamente significativa e nella direzione desiderata (ad es., riduzione dei sintomi, miglioramento del funzionamento sociale) tra i dati raccolti prima e quelli raccolti dopo.
- 4) Rilevanza dei risultati. Dovrebbero essere valutati i risultati importanti per la qualità di vita della persona (non solo riduzione dei sintomi e del disagio psicologico, ma anche aumento del benessere, dell'autostima, della consapevolezza, dell'autonomia e del funzionamento sociale).
- 5) Adeguatezza della descrizione dei trattamenti. I trattamenti devono essere ben descritti, in modo che siano replicabili anche da altri psicologi in altri contesti.

Gli studi controllati mirano ad accertare la cosiddetta "efficacia teorica" (efficacy) di un trattamento e prevedono, appunto, un gruppo di controllo, considerano casistiche molto selezionate (ad esempio, senza comorbidità) e si svolgono secondo protocolli rigorosi.

Si tratta di studi svolti generalmente in ambito universitario o, comunque, in strutture ben attrezzate per la ricerca; essi consentono di misurare il potenziale terapeutico di un trattamento, chiaramente specificato e standardizzato, in condizioni sperimentali ottimali.

Una metodologia più semplice, ma non meno utile, è quella degli studi osservazionali.

Essi non richiedono gruppo di controllo o protocolli rigidi (che, per esempio, definiscano a priori il numero di sedute) e possono riguardare tutti i soggetti che si presentano presso un servizio o un ambulatorio per il trattamento oppure specifiche casistiche (es. tutti i soggetti con disturbo del comportamento alimentare). Si tratta di studi che gli psicologi possono svolgere abbastanza agevolmente nella loro attività clinica, privata o pubblica, e che si prefiggono di valutare la cosiddetta "efficacia nella pratica" o "efficacia sul campo" (effectiveness).

Gli studi osservazionali sono in grado di evidenziare con chiarezza i cambiamenti nella condizione psicologica verificatisi nel corso del trattamento, ma non di attribuirli in modo esclusivo e sicuro al trattamento stesso (piuttosto che al miglioramento spontaneo o all'effetto placebo). Essi indagano l'effettiva applicabilità nella pratica quotidiana di un determinato intervento, la possibilità di adattarlo alle esigenze del singolo paziente e di estenderlo alla varietà di pazienti che si presentano (Reitano, 2002).

Una terza metodologia, ancora più semplice, è quella di documentare per il singolo paziente gli esiti del trattamento, attraverso una valutazione della condizione psicologica effettuata prima e al termine del trattamento stesso mediante strumenti oggettivi. Essa fornisce informazioni aggiuntive rispetto alle impressioni cliniche dello psicologo e ai giudizi del paziente e può migliorare la qualità dell'intervento, rispondendo ad esigenze di carattere etico-deontologico e, talvolta, anche legale.

2. TEST PER LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI

In conseguenza della necessità di indagare l'effettiva utilità ed efficacia dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici, si è avvertito il bisogno di disporre di prove psicodiagnostiche specificamente costruite per verificare e documentare l'efficacia nella pratica (effectiveness) degli stessi trattamenti, erogati sia nei servizi pubblici che in ambito privato (Strupp e Headley, 1977, Waskow, 1975).

Prove, dunque, che siano utilizzabili con tutte le persone in trattamento psicologico, indipendentemente dal setting di trattamento, dai problemi/ disturbi presentati dalla persona, dall'orientamento teorico del trattamento e dalle tecniche utilizzate, e che indaghino gli aspetti e i costrutti essenziali, nucleari ("core") sui quali qualsiasi trattamento si prefigge di intervenire. Prove che siano ripetibili (in particolare prima e dopo, ma anche nel follow-up) e sensibili, cioè in grado di evidenziare gli eventuali cambiamenti nella condizione psicologica che avvengano nel corso del trattamento, che risultino valide e mostrino relazioni con gli strumenti maggiormente utilizzati per misurare gli aspetti e i costrutti più rilevanti in ambito clinico.

Altri requisiti necessari sono la brevità, la facilità di somministrazione, di scoring e di interpretazione (questo esclude strumenti multifasici o ad ampio spettro, come l'MMPI-2, il Millon, la Batteria CBA 2.0-Scale Primarie o strumenti come il test di Rorschach), la disponibilità di dati normativi sia per la popolazione normale che per gruppi clinici e la capacità di discriminare tra soggetti normali e clinici. Circa i costrutti psicologici e psicopatologici che una prova psicodiagnostica nucleare dovrebbe indagare non vi è, a tutt'oggi, accordo.

Per individuare tali costrutti, alcuni autori (Froyd, Lambert e al., 1996) e la Society for Psychotherapy Research (Kantrowitz, 1993) sono partiti dagli strumenti più frequentemente utilizzati per la diagnosi clinica e la valutazione degli esiti: il BDI-Beck Depression Inventory e la HRSD-Hamilton Rating Scale for Depression (sintomi depressivi), lo STAI-State Trait Anxiety Inventory (ansia di stato e di tratto), la HRSA-Hamilton Rating Scale for Anxiety e il BAI-Beck Anxiety Inventory (sintomi ansiosi), la SCL- Symptom Checklist 90R e l'MMPI-Minnesota Multiphasic Personality Inventory (vari domini nosografici), l'IPP-Inventory of Interpersonal Problems (diversi tipi di problemi interpersonali) e la SAMS-Social Adjustment Scale (adattamento sociale) e, infine, la Scala di Autostima di Rosenberg. L'American Psychological Association ha raccolto un sufficiente consenso (Strupp, Lambert e al., 1997) sul fatto che una prova psicodiagnostica nucleare dovrebbe indagare l'umore, l'ansia e le caratteristiche disadattive della personalità.

Contemporaneamente è cresciuta la consapevolezza che la prova non possa rivolgersi unicamente ai sintomi e al disagio psicologico, ma debba prendere in esame anche costrutti "positivi", come il benessere psicologico, l'adattamento, le capacità di coping, l'autostima e l'autoefficacia.

Gli autori di orientamento psicoanalitico, inoltre, ritengono insoddisfacente il ricorso ad una singola misura e propongono l'uso, insieme a prove di valutazione dell'esito, di strumenti centrati sul processo terapeutico; si tratta, in genere, di interviste strutturate, come l' Object Relations Inventory (ORI) di Blatt (1994).

Benché non fosse stata costruita a questo scopo, la prova più utilizzata per verificare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici è stata, fino a qualche anno fa, la SCL-90R di Derogatis (1983), composta di 90 item, con risposta su scala a 5 punti, che si riferiscono a nove dimensioni psicopatologiche, dalla Depressione, alla Somatizzazione e all'Ideazione paranoide, più i Disturbi del sonno. Le analisi fattoriali condotte successivamente alla sua costruzione (Cyr, Mc-Kenna-Foley e al., 1985) non sono, però, riuscite a replicare questa struttura e l'interesse dei clinici si è progressivamente concentrato su un unico indice globale, il GSI, che riflette la gravità complessiva della psicopatologia e del disagio psicologico; inoltre, l'SCL-90R ha il limite di non indagare i costrutti positivi che dovrebbero mostrare un aumento al termine del trattamento.

Più recentemente è stata messa a punto la Batteria CORE-Clinical Outcomes in Routine Evaluation (Barkham, Evans e al., 1998).

Essa comprende:

- una scheda iniziale che raccoglie i dati anagrafici, di supporto sociale, diagnostici e relativi ai trattamenti precedenti e all'eventuale terapia farmacologica in atto;
- una scheda da compilare al termine del trattamento, che registra il tipo di terapia psicologica utilizzata, la sua frequenza, le modalità di conclusione e i benefici ottenuti;
- il questionario CORE-OM Outcome Measure (Evans, Mellor-Clark e al., 2000), composto di 34 item, con risposta su scala a 5 punti, riferiti a quattro domini, vale a dire 1- Benessere, 2-Funzionamento sociale, 3-Problemi e sintomi, 4-Rischio per sé e per gli altri.

La Batteria CORE è, dunque, non solo uno strumento di valutazione dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici, ma anche un sistema per spiegare eventuali differenze di esito, per applicare criteri di priorità nella distribuzione delle risorse e nella gestione delle liste d'attesa, per operare un benchmarking tra i servizi ed innalzarne la qualità. In questi 10 anni la batteria è stata estesamente utilizzata nei servizi psicologici del Regno Unito (il data base raccoglie più di 15.000 casi con le misure pre e post-trattamento); numerosi studi hanno documentato la consistenza interna delle scale del CORE-OM, la validità concorrente e convergente (in particolare con il BDI e l'SCL-90R), la struttura fattoriale, la capacità di discriminare tra popolazione normale e clinica e la sensibilità al cambiamento terapeutico (Evans, Connell e al., 2002, Barkham, Mellor-Clark e al., 2006). L'orientamento attuale è quello di considerare il questionario come costituito da due sottoscale: una relativa al rischio e una relativa agli item di benessere, funzionamento e sintomi. Il CORE-OM è stato tradotto in lingua italiana e somministrato ad un gruppo di 263 soggetti normali e di 647 soggetti clinici (Palmieri, Evans e al., 2007).

3. IL CBA-VE

Contemporaneamente al lavoro di traduzione ed adattamento del CORE-OM, è stato sviluppato a cura del gruppo CBA-Cognitive Behavioural Assessment uno strumento originale, in lingua italiana, per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici, il CBA-VE Valutazione degli Esiti.

Il test trae origine dalla famiglia di batterie e test CBA (Sanavio, Bertolotti e al., 1986); in particolare, riprende contenuti e item del CBA-Forma Giovani (Michielin e Sica, 1996), un questionario finalizzato all'approfondimento di problematiche peculiari della tarda adolescenza e della prima età giovanile, che valuta costrutti indicanti uno stato di psicopatologia o di benessere e fornisce informazioni prospettiche sul rischio di disagio psicologico e di disadattamento.

Il CBA-VE si compone di 80 item che fanno riferimento alla condizione psicologica degli ultimi 15 giorni e sono strutturati per comodità sintattica in tre parti.

Gli item, con risposta su scala a 5 punti, fanno riferimento alle seguenti aree:

- 1) Ansia, 14 item (es. "Mi sono turbato per cose di poco conto");
- 2) Benessere, 15 item (es. "Ho fatto cose che mi hanno interessato e coinvolto");

- 3) Percezione di cambiamento positivo, di poter affrontare le difficoltà e di ricevere sostegno dagli altri, 11 item (es. "Ho cercato di affrontare le difficoltà anziché evitarle");
- 4) Depressione, 19 item (es. "Sono tormentato dai sensi di colpa");
- 5) Disagio psicologico, sintomi di disturbo gravi e scarso controllo degli impulsi, 21 item (es. "Mi sono sentito svalutato o preso in giro").

Il test condivide numerose caratteristiche del CORE-OM come l'ateoricità, la brevità e la sensibilità al cambiamento nella condizione psicologica legato ad un trattamento psicologico.

Oltre che per la specifica dimensioni relativa alla percezione di cambiamento e sostegno, il questionario si è voluto caratterizzare, rispetto al CORE-OM, per:

- la disponibilità di un maggior numero di item (15 anziché solo 4) riferiti al benessere psicologico, così da poter valutare in modo consistente e ampio tale costrutto;
- la possibilità di valutare in modo autonomo e specifico la sintomatologia ansiosa e quella depressiva; ciò consente agli psicologi, in particolare a coloro che generalmente non usano test, di ottenere misure utili anche a fini propriamente diagnostici;
- un maggior numero di informazioni ricavabili dall'analisi qualitativa del protocollo.

Per la taratura del questionario sono stati utilizzati diversi gruppi:

- un gruppo di 250 soggetti "normali" equamente divisi per sesso e per fasce d'età, residenti in Veneto, Emilia, Puglia, Calabria e Sicilia;
- un gruppo di 50 soggetti clinici che hanno compilato, prima dell'inizio del trattamento, sia il CBA-VE che lo STAI Y1 e Y2 (Spielberger, Gorsuch e al., 1989) e il Questionario D della Batteria CBA 2.0 – Scale Primarie (Sanavio, Bertolotti e al., 1986);
- un gruppo di 40 soggetti clinici che hanno compilato, nella parte finale del trattamento, il CBA-VE e il PWB-Psychological Well-Being di Ryff (Ruini, Ottolini e al., 2003);
- un gruppo di 38 soggetti in lista d'attesa per trattamento psicologico ai quali il test è stato somministrato due volte, a distanza mediamente di 33 giorni;
- un gruppo di 130 soggetti, in trattamento ambulatoriale con psicologi dei servizi socio-sanitari pubblici (Consultorio Familiare, SerT e Dipartimento di Salute Mentale) o psicologi liberi professionisti del Veneto; a questi soggetti il test è stato somministrato prima e al termine del trattamento.

Per quest'ultimo gruppo è stato chiesto ai terapeuti di registrare su un'apposita scheda, oltre ai dati anagrafici, la diagnosi, il numero di sedute svolte, la modalità di conclusione del trattamento (concordata, drop out...) e una stima della percentuale di raggiungimento degli obiettivi terapeutici inizialmente concordati.

Compilare la scheda per ciascun soggetto e successivamente elaborare i dati di un'intera casistica può consentire di valutare come l'esito del trattamento vari in base a fattori correlati con il soggetto (sesso, età, livello d'istruzione, etnia...) o con il trattamento stesso (durata, tipo...).

4. STRUTTURA E AFFIDABILITA' INTERNA DELLE CINQUE DIMENSIONI

In un lavoro già pubblicato (Michielin, Vidotto e al., 2008) sono espone le analisi volte a verificare la struttura teorica a 5 fattori (dimensioni) del questionario, attraverso i passi di controllare l'uguaglianza di ciascun peso fattoriale nel gruppo di soggetti clinici e in quello "normale" e di verificare l'affidabilità interna di ciascuna dimensione. I risultati hanno supportato in modo coerente la plausibilità del modello e la sua invarianza nei due gruppi.

E' stata, inoltre, confermata una più che soddisfacente coerenza interna di ciascuna dimensione (Tabella n. 1).

Tabella n. 1

Coerenza interna delle scale del CBA-VE, misurata attraverso l'alfa di Cronbach, nel gruppo clinico e in quello normale

	alfa nei soggetti clinici	alfa nei soggetti normali
1. Ansia	.90	.89
2. Benessere	.91	.90
3. Cambiamento	.80	.74
4. Depressione	.91	.91

5. Disagio	.88	.89
------------	-----	-----

5. CAPACITA' DISCRIMINANTE E SENSIBILITA' AL CAMBIAMENTO

Nella tabella n. 2 sono riportate le statistiche descrittive del CBA-VE riferite al campione clinico di 130 soggetti – somministrazione prima del trattamento e al campione normale.

Tabella n. 2

Statistiche descrittive del CBA-VE somministrato prima del trattamento a soggetti clinici (n= 130) e a soggetti normali (n= 250); i risultati delle ANOVA condotte sulle cinque scale presentano tutti una differenza statisticamente significativa ($p < .001$)

Scala	Soggetti clinici prima del trattamento		Soggetti normali	
	M	DS	M	DS
1. Ansia	25.81	10.18	17.34	9.55
2. Benessere	19.08	9.51	28.38	8.87
3. Cambiamento	18.00	6.86	21.36	5.79
4. Depressione	32.72	13.98	15.68	10.67
5. Disagio	26.82	14.42	15.76	11.87

Per valutare la capacità discriminante del test è stata condotta un'analisi multivariata della varianza (MANOVA) avente ansia, benessere, percezione di cambiamento, depressione, disagio e scarso controllo come variabili dipendenti e il gruppo (clinici verso normali) come variabile indipendente. Coerentemente con quanto ci si attendeva, il gruppo dei clinici risulta avere valori significativamente maggiori rispetto al gruppo dei normali nelle scale Ansia, nella Depressione e nel Disagio e scarso controllo degli impulsi e valori significativamente minori nelle scale Benessere e Percezione di cambiamento.

Nella tabella n. 3 sono riportati i risultati del CBA-VE somministrato ai soggetti clinici prima e dopo il trattamento; i dati sono riportati insieme per maschi e femmine, in quanto non sono emerse in questo campione differenze legate al sesso. Il cambiamento tra prima e dopo nelle 5 dimensioni, e dunque la dimensione dell'effetto del trattamento, è stato misurato attraverso l'indice d di Cohen.

Tabella n. 3

Risultati del CBA-VE somministrato prima e dopo ai soggetti (n= 130) che hanno completato un trattamento psicologico e correlazione con il giudizio clinico sulla percentuale di raggiungimento degli obiettivi terapeutici

Scala	Prima del trattamento		Dopo il trattamento		Differenza prima-dopo		d di Cohen	Correlazione con obiettivi
	M	DS	M	DS	M	DS		
1. Ansia	25.81	10.18	16.04	9.27	9.77	9.43	.96	.58
2. Benessere	19.08	9.51	27.69	8.33	-8.60	8.80	-.90	-.45
3. Cambiamento	18.00	6.86	22.32	5.92	-4.32	7.09	-.63	-.36
4. Depressione	32.72	13.98	20.12	11.86	12.60	13.47	.90	.55
5. Disagio	26.82	14.42	15.77	11.18	11.05	14.00	.76	.52

La formula è la stessa utilizzata per la validazione del CORE-OM (Barkham, Mullin e al., 2007), vale a dire:

$$d \text{ di Cohen} = \frac{\text{media prima} - \text{media dopo}}{\text{dev. standard prima}}$$

Un valore superiore a .50 è indicativo di una moderata dimensione dell'effetto, mentre un valore superiore a .80 testimonia un effetto consistente e chiaro. Come si può notare, tutti i valori di d ottenuti superano il .50 e tre superano il .80. Un'importante conferma della sensibilità delle scale del CBA-VE al cambiamento terapeutico si trae dall'ultima colonna della tabella n. 3, che mostra moderate correlazioni tra il giudizio clinico di raggiungimento degli obiettivi del trattamento e la variazioni nelle 3 scale sintomatologiche (Ansia, Depressione, Disagio e scarso controllo degli impulsi).

Nella tabella n. 4 sono riportati i risultati del CBA-VE somministrato a persone in lista d'attesa per il trattamento psicologico.

Tabella n. 4

Risultati del CBA-VE somministrato a distanza di tempo (media= 33 giorni) a soggetti in lista d'attesa per trattamento psicologico (n= 38)

Scala	Prima somministrazione		Seconda somministrazione		Differenza prima-seconda		d di Cohen	Correlazione test retest
	M	DS	M	DS	M	DS		
1. Ansia	25.58	8,17	23.66	6.60	1.92	5.28	.24	.76
2. Benessere	19.18	8.17	19.84	7.21	-.65	5.47	-.08	.75
3. Cambiamento	18.97	5.48	20.16	5.42	-1.18	3.76	-.22	.76
4. Depressione	33.45	10.81	30.53	10.44	2.92	6.92	.27	.79
5. Disagio	27.16	11.08	26.24	8.96	.92	6.86	.08	.79

Mentre i valori iniziali di questo gruppo sono praticamente identici a quelli del gruppo che ha svolto il trattamento, i valori finali mostrano cambiamenti molto piccoli (il d più grande è .27). In uno studio simile, Young (2006) ha trovato variazioni più ampie nei punteggi ottenuti in due successive somministrazioni del CORE-OM da pazienti in lista d'attesa (il d variava da .29 a .58 a seconda della scala)

Tutti questi risultati portano indicazioni a favore del fatto che il test sia sensibile al (e quindi in grado di evidenziare il) cambiamento nella condizione del soggetto conseguente ad un trattamento psicologico o psicoterapeutico, e non al semplice trascorrere del tempo o alla prospettiva di iniziare il trattamento.

6. VALIDITA' CONVERGENTE

Nella tabella n. 5 sono riportate le correlazioni, ottenute nel campione di 50 soggetti clinici a cui sono stati somministrati i 3 test, tra le 5 scale del CBA-VE, lo STAI Y1 (ansia di stato) e Y2 (ansia di tratto) e il Questionario D (sintomi depressivi).

Tabella n. 5

Correlazione tra scale del CBA-VE, lo STAI-Y1 e Y2 e il Questionario D somministrati prima del trattamento a soggetti clinici (n= 50)

	1. Ansia	2. Benessere	3. Cambiamento	4. Depressione	5. Disagio
STAI-Y1	.59	-.20	-.23	.31	.26
STAI-Y2	.66	-.27	-.33	.33	.23
Questionario D	.29	-.29	-.27	.71	.37

Come ci si poteva attendere da un punto di vista teorico, le correlazioni elevate sono tra Ansia e STAI Y2, tra Ansia e STAI Y1 e tra Depressione e Questionario D.

Nella tabella n. 6 sono riportate le correlazioni, ottenute nel campione di 40 soggetti a cui sono stati somministrati i 2 test, tra le 2 dimensioni positive del CBA-VE e le 6 scale del PWB- Psychological Well-Being di Ryff.

Tabella n. 6

Correlazione tra scale positive del CBA-VE e le scale del PWB- Psychological Well-Being di Ryff, somministrati nel corso e al termine del trattamento a soggetti clinici (n= 40)

	Scale del PWB					
	1. Autonomia	2. Padronanza	3. Crescita personale	4. Scopo nella vita	5. Relazioni positive	6. Accettazione di sé
2. Benessere	.45	.31	.44	.25	.55	.61
3. Cambiamento	.40	.55	.59	.52	.22	.44

Come si può osservare, la dimensione Benessere correla maggiormente con le scale del PWB Autonomia, Relazioni positive con gli altri e Accettazione di sé, mentre la dimensione Percezione di cambiamento e di poter affrontare le difficoltà correla maggiormente con le scale Padronanza ambientale, Crescita personale e Scopo nella vita.

Anche questi risultati sono coerenti con le attese e portano elementi a sostegno della validità delle diverse scale del CBA-VE.

7. SOMMINISTRAZIONE

Il questionario può essere somministrato a persone con età superiore ai 16 anni e con sufficienti capacità di lettura e di comprensione verbale.

Lo psicologo presenta il questionario e chiede al soggetto di compilarlo valutando il proprio stato ("come si è sentito") in riferimento agli ultimi 15 giorni.

E' sempre utile specificare che i dati raccolti servono a valutare e a monitorare la condizione psicologica e sono coperti dal segreto professionale, e invitare la persona a rispondere fornendo autovalutazioni il più possibile sincere e oneste.

Ugualmente è utile che lo psicologo rimanga presente mentre il soggetto fornisce le prime risposte, in modo da accertarsi che abbia ben compreso le consegne e risponda con pertinenza.

8. CALCOLO DEI PUNTEGGI E STESURA DEL PROFILO

Per gli item di tutte le scale l'attribuzione del punteggio è, nel calcolo a mano:

per nulla	0	(o 4 se va invertito)
poco	1	(o 3 se va invertito)
abbastanza	2	(2 anche se invertito)
molto	3	(o 1 se va invertito)
moltissimo	4	(o 0 se va invertito)

Il punteggio totale della scala si calcola sommando i punteggi ottenuti agli item che la compongono.

1 – Ansia

14 item: 1-12-14-18-23-31-44 (invertire il punteggio)-45-46-54-57-64-67-73

2 – Benessere

15 item: 2-4-11-22-28-41-42-50-51-55-56-59-63-76-78

3 – Percezione di cambiamento positivo, di poter affrontare le difficoltà e di ricevere sostegno dagli altri

11 item: 16-21-27-30-40-43-53-58 (invertire il punteggio)-60-71-80

4 – Depressione

19 item: 7 (invertire il punteggio)-10-13-17-19-25-26-32-37 (invertire il punteggio)-38-47-49-52-61-65-66-68-69-72

5 – Disagio psicologico, scarso controllo degli impulsi, sintomi vari

21 item: 3-5-6-8-9-15-20-24-29-33-34-35-36-39-48-62-70-74-75-77-79

Per ogni scala oltre al punteggio totale può essere calcolato il punteggio z, utilizzando le norme del campione clinico prima dell'intervento, e cioè:

$$\text{punteggio } z = \frac{\text{punteggio grezzo} - \text{media}}{\text{deviazione standard}}$$

Ad esempio, se alla scala d'Ansia si è ottenuto un punteggio grezzo di 41:

$$\text{punteggio } z = \frac{41 - 25.81}{10.18} = + 1.49$$

Nel foglio di notazione è prevista anche una colonna per calcolare la differenza di punteggio tra dopo e prima; conviene porre come primo termine il punteggio dopo in modo che il risultato ottenuto è più immediatamente comprensibile: se l'intervento ha avuto un esito favorevole, la differenza è di segno negativo per le scale sintomatologiche (i sintomi diminuiscono) e positiva per le scale di Benessere e Cambiamento (che aumentano).

Comunque, il modo più comodo per rappresentare dove si colloca il soggetto esaminato, rispetto al campione clinico prima del trattamento, è quello di utilizzare il profilo individuale del foglio di stesura dei risultati. In questo caso basta contrassegnare sulla griglia il punteggio grezzo ottenuto (utilizzando lo spazio intermedio quando il valore non è presente, e quindi nell'esempio lo spazio tra 40 e 42), così da avere direttamente un'indicazione circa la maggiore o minore gravità dei sintomi e del disagio valutati; i punteggi contrassegnati possono essere uniti con delle linee che formano un profilo.

Come si può osservare, nel profilo i punteggi delle scale 2. Benessere e 3. Cambiamento sono disposti in direzione inversa (crescono dal basso in alto) rispetto a quelli delle altre scale, in modo che un valore posto nella parte alta sia sempre indicativo di una condizione psicologica negativa, di disagio e presenza di sintomi.

Il foglio con i risultati è predisposto per essere usato per tre valutazioni (prima, al termine del trattamento e nel follow-up, generalmente a 3 o a 6 mesi dalla conclusione del trattamento); nel profilo i risultati delle tre valutazioni possono essere riportati con linee di colore, spessore o tratto diverso, in modo da avere una rappresentazione visiva dei cambiamenti che si sono verificati nel tempo, in dipendenza dell'intervento psicologico.

La scheda anagrafica e di trattamento può essere utilizzata da coloro che utilizzano il questionario con tutti i pazienti in trattamento; elaborando i dati, lo psicologo può non solo avere una descrizione della propria casistica ma anche valutare come l'esito del trattamento vari in base a fattori correlati con il soggetto (sesso, età, livello d'istruzione, etnia...) o con il trattamento stesso (durata, tipo...).

Richiedendolo alla segreteria del Consiglio Nazionale dell'Ordine con una e-mail (xxx@psy.it) è possibile ricevere il file con un semplice programma di scoring del CBA-VE, in modo da non dover effettuare lo scoring manuale che, seppure breve, è piuttosto noioso e facilmente esposto ad errori. Il programma calcola i punteggi grezzi (ma anche i punti z) e richiede che lo psicologo li riporti poi a mano sul foglio dei risultati e sul profilo individuale.

9. ESEMPIO DI CASO CLINICO

Francesca è una ragazza di 27, laureata in scienze politiche che lavora come collaboratrice a progetto in un'Azienda sanitaria; convive da circa un anno con Marco di 28 anni, commercialista.

Si presenta per iniziare un trattamento presso uno studio psicologico privato, su invito del suo medico di base. Da sei mesi soffre di attacchi di panico; il primo si è verificato mentre era in bicicletta ferma ad un semaforo, dopo aver percorso una salita.

“Improvvisamente ho cominciato ad avvertire un aumento del battito cardiaco e a sudare... ho sentito anche un senso di vertigine e di svenimento... mi sono preoccupata perché i sintomi erano eccessivi rispetto alla fatica fatta... ho pensato di avere un infarto.”

Portata al pronto soccorso, dopo alcuni accertamenti è tornata a casa con la prescrizione di un ansiolitico al bisogno.

Gli attacchi si sono ripetuti almeno 5 volte in posti diversi: il cinema, il ristorante, l'autobus e la palestra.

Poiché prima di due degli attacchi aveva fumato cannabis, ha smesso del tutto l'uso e ha ridotto ad 2-3 anche le sigarette quotidiane; ha però smesso anche di fare attività sportiva.

E' molto preoccupata per la sua salute; ha fatto accertamenti, soprattutto sulla funzionalità cardiaca, e cerca spesso su Internet possibili diagnosi ai propri sintomi.

Da circa un mese riferisce di avere dei momenti in cui prova dolore nella parte sinistra del corpo (testa, collo e orecchio) e teme di avere un ictus.

Evita ormai alcuni luoghi dove si sono verificati gli attacchi e, anche se, ad esempio, va in un altro cinema o ristorante deve farsi accompagnare dal partner; ritiene fondamentale la presenza di altre persone perché potrebbero soccorrerla e “salvarla”.

In alcuni momenti “tutto mi sembra nero: non riuscirò più a vivere come prima”.

Descrive il rapporto con il partner, che frequenta da sette anni, come buono e sereno: “siamo ancora innamorati”; nella coppia è lei ad avere l'iniziativa ed è stata, infatti, lei ad insistere per iniziare la convivenza.

Definisce il suo lavoro come stimolante ma molto stressante; ha difficoltà di rapporto con uno dei suoi referenti e fatica a dire no alle richieste dei colleghi, finché non reagisce in modo aggressivo.

Il rapporto con il padre, “prepotente ed egocentrico”, è sempre stato difficile e conflittuale, mentre quello con la madre è affettuoso, buono e “senza alti e bassi” .

Terminata la psicodiagnosi, Francesca ha seguito una psicoterapia cognitivo-comportamentale durata 6 mesi per un totale di 21 sedute.

La psicoterapia ha avuto i seguenti obiettivi:

- psicoeducazione sull'ansia e sugli attacchi di panico
- esposizione agli stimoli enterocettivi
- apprendimento delle tecniche per la gestione dell'attivazione psicofisiologica provocata dall'attenzione alle sensazioni somatiche
- modificazione dei pensieri disfunzionali
- esposizione alle situazioni temute
- apprendimento a gestire meglio le situazioni stressanti e a relazionarsi ai colleghi e agli amici in maniera più assertiva.

I risultati sono stati positivi, in particolare per quel che riguarda il controllo dell'ansia e delle preoccupazioni per la propria salute e l'esposizione anche da sola alle situazioni temute; dopo un ulteriore attacco di panico, tra la terza e la quarta seduta, non se ne sono più verificati. Ha migliorato le proprie relazioni sociali, anche sul lavoro, “ma in alcuni momenti, sotto stress, tendo ancora ad andare in bomba”. Nella tabella n. 7 sono riportati i punteggi ottenuti alle 5 scale del CBA-VE prima e dopo il trattamento.

Tabella n. 7

Punteggi riportati al CBA-VE, prima e dopo il trattamento psicoterapeutico, da Francesca, 27 anni, con disturbo da attacco di panico

Scala	Punteggio grezzo prima	Punteggio z prima	Punteggio grezzo dopo	Punteggio z dopo	Differenza dopo-prima	d di Cohen
1. Ansia	34	+0.80	21	-.47	-13	
2. Benessere	19	-.01	26	+0.72	+7	
3. Cambiamento	21	+0.43	25	+1.02	+4	
4. Depressione	37	+0.30	19	-.98	-18	
5. Disagio	17	-.68	15	-.81	-2	

Nel calcolo, come si può osservare, sono sempre stati utilizzati i dati normativi (media e deviazione standard) del campione clinico prima del trattamento, anche per ottenere il punteggio z dopo il trattamento.

Il risultato favorevole della psicoterapia è documentato dalla forte diminuzione dei punteggi delle Scale Ansia (inizialmente nettamente la più alta) e Depressione e dall'aumento, in particolare, del punteggio della Scala di Benessere.

La Scala Disagio e scarso controllo degli impulsi ha, anche inizialmente, un valore basso e non subisce variazioni.

10 – ESEMPIO DI VALUTAZIONE DI UNA CASISTICA

Nell'arco di un anno, presso un Consultorio Familiare sono state seguite 53 puerpere con depressione post-partum. 31 di esse hanno partecipato ad un trattamento di gruppo, basato sulla Terapia Interpersonale, della durata di 12 sedute; 22 sono state seguite con una terapia psicodinamica individuale di durata variabile, dalle 14 alle 23 sedute.

La scelta del tipo di trattamento è stata concordata con le psicologhe del Consultorio sulla base delle necessità e delle preferenze della singola paziente e di motivi di ordine pratico (tempo di avvio del gruppo, orari...).

La Terapia Interpersonale si è strutturata, come illustrato nel manuale di Klerman, Weissman e al. (1989), in tre fasi. Nella prima sono stati valutati i sintomi di ciascuna partecipante al gruppo, è stata discussa la diagnosi, sono state fornite informazioni sul disturbo e sul trattamento ed è stato legittimato il ruolo di malata (riduzione, almeno temporanea, degli obblighi e delle responsabilità, enfasi sulla necessità e utilità di chiedere aiuto agli altri); è stata poi individuata, sempre per ogni partecipante, l'area di problemi interpersonali più rilevanti ed associati allo sviluppo del disturbo depressivo (tra le seguenti aree: reazioni eccessive a perdite, conflitti interpersonali con il partner, i parenti, gli amici, gli altri figli..., transizione di ruolo e cambiamenti determinati dalla maternità, deficit interpersonali, solitudine e isolamento sociale).

Nella seconda fase, l'area individuata come più critica è stata estesamente affrontata, facendo emergere le aspettative e le percezioni della puerpera, evidenziando i pattern maladattivi che ha messo in atto, prendendo in esame le modalità di comportamento alternative e cercando di applicare quelle più funzionali; nel corso di tutto il trattamento la relazione nel gruppo e terapeutica è vista come modello per le relazioni interpersonali.

Nell'ultima fase sono stati ripresi i temi trattati in precedenza e rinforzati i progressi.

La terapia psicodinamica si è svolta su base individuale; l'approccio iniziale è stato supportivo, di comprensione dei motivi per cui la puerpera è depressa, ma fermo e senza interpretazioni o prescrizioni.

Al termine della raccolta della storia, della valutazione dei pattern relazionali, nonché dell'osservazione dei fenomeni di transfert, controtransfert e resistenza, la terapeuta sviluppava una formulazione delle difficoltà della puerpera, che coinvolgeva sia aspetti evolutivi legati all'infanzia sia le condizioni attuali, e nella quale il significato della maternità, dei cambiamenti intervenuti e degli agenti stressanti aveva un ruolo rilevante.

La terapia ha utilizzato l'alleanza terapeutica e il transfert, l'interpretazione attiva si è centrata su pochi foci terapeutici e problemi valutati come centrali e sono stati esaminati nuovi schemi e scopi di vita e modi diversi di affrontare la maternità e il rapporto con il partner.

Nella Tabella n. 8 sono riportati i punteggi medi ottenuti dai due gruppi di puerpere prima e al termine del trattamento.

Scala	Punteggio medio prima T. individuale	Punteggio medio prima T. di gruppo	Punteggio medio dopo T. individuale	Punteggio medio dopo T. di gruppo
1. Ansia	27.18	26.77	17.04	16.36
2. Benessere	16.04	15.48	24.77	23.54
3. Cambiamento	16.59	17.32	20.68	24.22
4. Depressione	40.90	39.72	22.72	26.29
5. Disagio	21.36	21.93	16.90	18.06

Senza procedere a verificare la significatività delle differenze tra i due gruppi e tra prima e dopo, si possono fare le seguenti considerazioni:

- i due gruppi non differiscono inizialmente tra loro quanto a gravità della sintomatologia (punteggi alle scale 1,4 e 5) e dunque la scelta tra trattamento individuale e di gruppo non sembra determinata da questo criterio;
- entrambi i trattamenti modificano in senso positivo i punteggi alle 5 scale e sembrano dunque efficaci, in particolare sulle manifestazioni depressive;
- il trattamento individuale modifica più di quello di gruppo la sintomatologia depressiva (dimensione dell'effetto di 1.68 nel primo caso, di 1.24 nel secondo), mentre quest'ultimo aumenta maggiormente la percezione di cambiamento positivo, di riuscire ad affrontare le difficoltà e di ricevere sostegno (dimensione dell'effetto di .74 nelle puerpere trattate individualmente e di 1.25 in quelle trattate in gruppo).

Bibliografia

Barkham M, Evans C, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Milne D, Connell J. The rationale for developing and implementing core batteries in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health* 1998; 7: 35-47.

Barkham M, Mellor-Clark J, Connell J, Cahill J. A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and application of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research* 2006; 6(1): 3-15.

Barkham M, Mullin T, Leach C, Stiles WB, Lucock M. Stability of the CORE-OM and the BDI-I prior to therapy: evidence from routine practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2007; 80: 269-278.

Blatt SJ, Ford RQ. *Therapeutic change: An object relations perspective*. New York: Plenum Press, 1994.

Cyr JJ, McKenna-Foley JM, Peacock E. Factor structure of the SCL-90 R: Is there one? *Journal of Personality Assessment* 1985; 49: 571-577.

Derogatis LR. *SCL-90-R: Administration, scoring, & procedures: Manual II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research, 1983.

Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, Audin J. Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric proprieties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 51-60.

Evans C, Mellor-Clark J, Margison F, Barkham M, Audin K, Connell J, McGrath G. CORE: Clinical Outcome in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health* 2000; 3: 247-255.

Fonagy P (a cura di) *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*. Londra: International Psychoanalytical Association, 2002.

Froyd JE, Lambert MJ, Froyd JD. A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health* 1996; 5: 11-15.

Kantrowitz JL *Outcome Research in Psychoanalysis: Review and Reconsiderations*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 1993; 41S: 313-29.

Klerman G, Weissman M, Rousanville B *Psicoterapia interpersonale della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.

Michielin P, Morosini PL *Efficacia degli interventi psicologici, psicoterapeutici e psicosociali*. In: Moderato P, Rovetto F (a cura di) *Psicologo: verso la professione*. Milano: McGraw Hill, 2006.

Michielin P, Sica C. *CBA – Forma Benessere Giovanile: alcuni dati preliminari*. In: Sanavio E, Vidotto G. (a cura di). *Batteria CBA: dieci anni di ricerche*. Torino: Upsel Editore, 1996.

Michielin P, Vidotto G, Altoè G, Colombari E, Sartori L, Bertolotti G, Sanavio E, Zotti AM *Proposta di un nuovo strumento per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici*. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A di Psicologia*, 2008; 30: A98-A104.

Palmieri G, Evans C, Hansen V, Brancaleoni G, Ferrari S, Porcelli P, Reitano F, Rigatelli M. Validation of Italian version of the COREOM. Book of abstract 38th International Meeting Madison: Society for Psychotherapy Research, 2007.

Reitano F Efficacia degli interventi di psicoterapia in un servizio di psicologia. *Psicologia e Psicologi* 2002; 2: 47-72.

Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, Ryff C, Fava GA. La validazione italiana delle Psychological Well-being Scale (PWB). *Rivista di Psichiatria* 2003, 38: 117-130.

Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM. CBA 2.0 Scale Primarie: Manuale. Firenze: OS, 1986.

Strupp HH, Hadley SW. A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist* 1977; 32: 187-96.

Strupp HH, Lambert MJ, Horowitz LM (a cura di). Measuring patient changes in mood, anxiety and personality disorders: Toward a core battery. Washington DC: American Psychological Association, 1997.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. State-Trait Anxiety Inventory – Forma Y. Firenze: OS, 1989.

Waskow IE. Selection of a core battery. In I.E. Waskow, M.B. Parloff (a cura di), *Psychotherapy change measures*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1975.

Ringraziamenti

Molti colleghi hanno collaborato alla validazione del test, raccogliendo protocolli e fornendo suggerimenti; gli autori ringraziano tutti, ma in particolare Francesca Bordino, Chiara Carelli, Enrico Di Giorgi, Stella Dorz, Ottavio Ferraro, Teresa Rando, Laura Sartori, Astrid Zanussi